Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Chaudière–
Appalaches

CADRE DE RÉFÉRENCE

DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES

DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

EN CHAUDIÈRE-APPALACHES

DOCUMENT D'APPUI À LA CONSULTATION

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION LE 18 FÉVRIER 2004

© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.
Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

ISBN 2-89548-173-3
Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2004
Bibliothèque nationale du Québec

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Le 19 février 2004

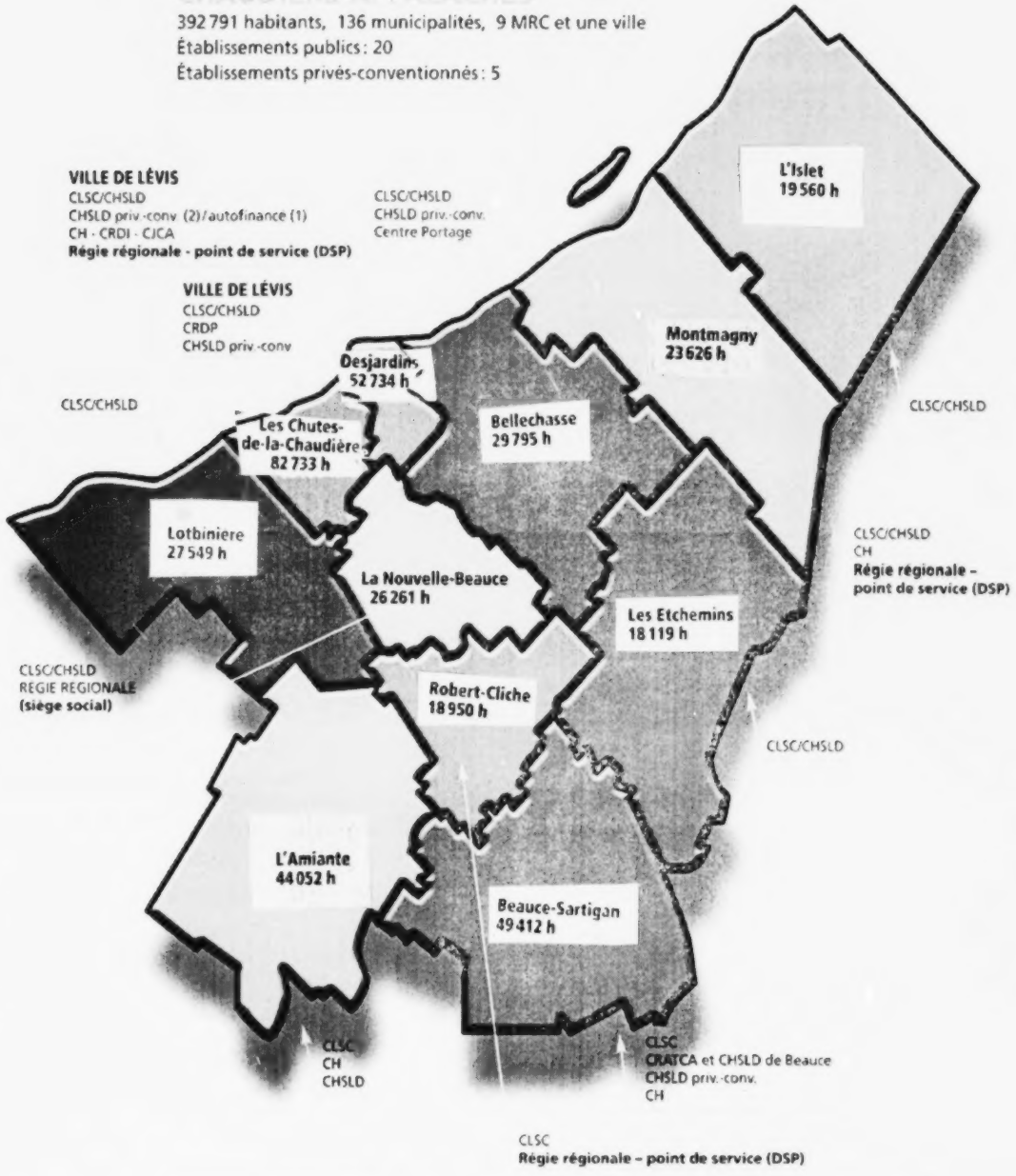
Madame,
Monsieur,

Avec la publication du présent document, l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches aborde une étape majeure dans sa démarche en vue de doter la région de services de santé et de services sociaux les mieux adaptés aux besoins de sa population.

La *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2003, chapitre 21)* marque le début d'une période de transition dans l'organisation du système de santé et de services sociaux. La création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) devient l'assise sur laquelle les organisations s'appuieront pour mieux intégrer les services à la population.

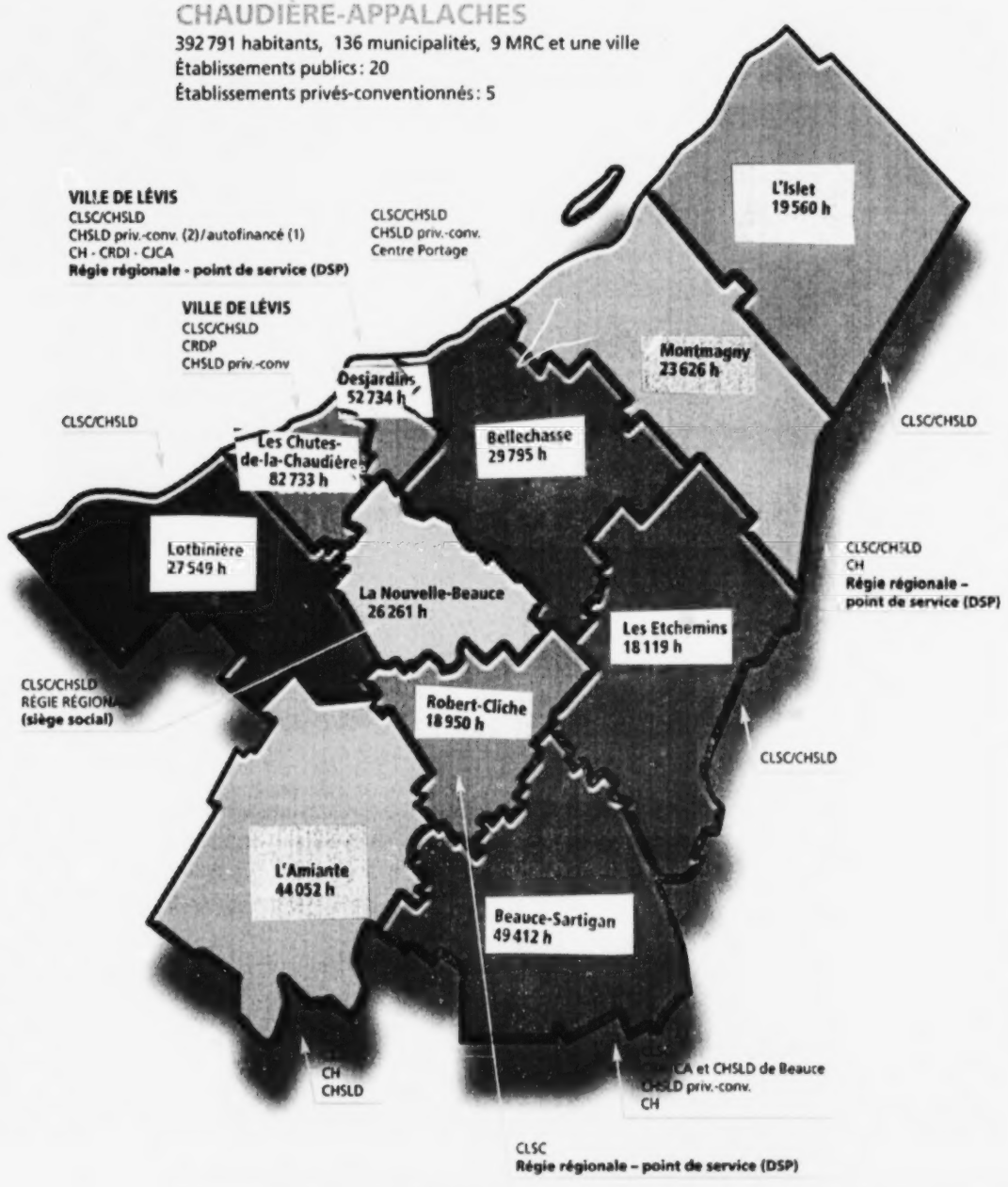
Le projet d'intégration des services veut corriger les lacunes du système au regard de l'accessibilité et la continuité des services offerts à la population. Ce projet offre l'opportunité de revoir l'organisation des services et d'en adapter la gestion. Il propose des changements structurels dans une perspective d'intégration fonctionnelle des services.

Le présent document expose donc la vision d'intégration des services et précise les balises qui encadreront l'émergence des RLS en Chaudière-Appalaches.



Source : Perspectives démographiques des territoires de CLSC du Québec de 1996 à 2021, Institut de la statistique du Québec ; diffusé par le Service du développement de l'information, MSSS, juin 2000.

Production : RRSSS Chaudière-Appalaches, DSPPE (CSRE), 2002.



Source : Perspectives démographiques des territoires de CLSC du Québec de 1996 à 2021, Institut de la statistique du Québec; diffusé par le Service du développement de l'information, MSSS, juin 2000.

Production : RRSSS Chaudière-Appalaches, DSPPE (CSRE), 2002.

PRÉAMBULE

La *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2003, chapitre 21)* a été sanctionnée le 18 décembre 2003. Elle marque le début d'une phase importante de changements qui toucheront l'organisation du système de santé et des services sociaux.

Cette loi institue, à compter du 30 janvier 2004, les régies régionales en agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dans leur région respective.

Ces agences ont pour mission de définir et proposer au Ministre un modèle d'organisation des services basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) pour la région.

Aux fins de définir et proposer un modèle d'organisation, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (l'Agence) devra effectuer des consultations auprès de différents intervenants du réseau, notamment et nommément les établissements concernés, le Département régional de médecine générale (DRMG), le comité d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise et auprès de la population de son territoire par le biais du Forum de la population.

En considération de ces obligations, l'Agence a développé une proposition d'organisation des RLS qu'elle entend soumettre à la consultation.

La proposition élaborée par l'Agence vient préciser, outre le modèle d'organisation, les balises qui encadreront l'émergence des RLS dans la région de la Chaudière-Appalaches.

Le présent document fait donc état de la réflexion qu'a conduit l'Agence, au cours des derniers mois, pour en arriver à la présente proposition.

TABLE DES MATIÈRES

Éléments de contexte 7
Des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : pourquoi? 9
Ce que la Loi édicte 10
Principes directeurs et orientations 12
Éléments sous-jacents devant présider à la création des RLS en Chaudière-Appalaches 14
La division territoriale proposée par l'Agence 15
Un RLS pour le Littoral 19
Un RLS pour l'Amiante 21
Un RLS pour Montmagny-L'Islet 23
Un RLS pour Beauce-Etchemin 25
Les facteurs d'exclusion 26
Les exclusions 26
À propos de la réadaptation en déficience physique 27
À propos du centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis 28
À propos des services de santé de deuxième ligne sur le Littoral 29
La réadaptation en toxicomanie dans Chaudière-Appalaches 30
Les conditions de réalisation et de succès 31
Le cadre opérationnel pour la mise en place des réseaux locaux 33
Étapes conduisant à la constitution d'un RLS 34
Conclusion 37
Plan détaillé et son échéancier (Le Calendrier) 39
Consultations 2004 40

ANNEXES

I - RLS en Chaudière-Appalaches 43
II - Nomenclature des services de première ligne sur le territoire local 46
III - Modalités d'organisation pour assurer l'accès aux services, la prise en charge des personnes et la participation de la population 51
IV - Plan de présentation du portrait des ressources/territoire de RLS de Chaudière-Appalaches 55
V - L'approche de gestion par programme 57
Configuration des programmes 61

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Dans son avis sur l'organisation locale et la régionalisation, le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE) affirme que :

> *« La population québécoise remet en question la capacité du système de services de répondre adéquatement à ses besoins, de se transformer pour mieux y parvenir et de faire preuve de transparence dans la production de résultats et l'utilisation de ressources (États généraux sur la réforme des institutions démocratiques, 2003; Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2003). Elle déplore d'une manière toute particulière les contraintes restreignant l'accessibilité et nuisant à la continuité des services de santé et des services sociaux au Québec. Pour la population, les contraintes se traduisent notamment par des difficultés à trouver un médecin de famille, des problèmes d'accès aux examens diagnostiques de laboratoire et d'imagerie médicale, des listes d'attente pour les chirurgies électives, une offre de service variant selon les CLSC, l'utilisation de la Direction de la protection de la jeunesse comme porte d'entrée aux services sociaux pour les jeunes en difficulté. »*

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux souscrit à cette analyse dont fait état le CSBE. Elle-même, au cours de ses dix ans d'existence, s'est employée à faciliter et favoriser la mise en réseau des établissements. Grâce à la collaboration de ces derniers, ont été instaurés, différents réseaux de services notamment pour les clientèles en perte d'autonomie, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, les jeunes et leur famille, les personnes atteintes de problèmes respiratoires et autres.

Ces préoccupations d'accessibilité et de continuité des services se sont retrouvées au cœur des grandes orientations stratégiques qui ont guidé les actions de la Régie régionale depuis sa création. Il suffit d'en référer au document *« Bâtir ensemble une région en santé »*, 1994, où l'on convenait d'abord de se doter d'objectifs de santé et de bien-être en Chaudière-Appalaches, sur une période de sept ans.

Au cours de cette même année, la Régie régionale a entériné les valeurs régionales et a défini ses orientations et ses engagements en adoptant le projet régional pour *« Bâtir ensemble une région en santé »*. Ce projet s'inscrivait dans le sens de la réforme des services de santé et des services sociaux, visant à placer le citoyen au centre des préoccupations du réseau. Il constituait, avec les objectifs de santé et de bien-être, une

base de référence pour la planification et l'organisation des services dans la région de la Chaudière-Appalaches.

L'étape suivante (1995-1998) a consisté à transformer le réseau pour mieux adapter les services aux besoins de la population et aux nouvelles réalités, tout en tenant compte des ressources disponibles. Fidèle à ses engagements, la Régie régionale a convié le réseau, ses partenaires des autres secteurs d'activité et la population de la région à participer à la définition de ce que deviendrait le réseau des services de santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches à l'aube de l'an 2000 : un réseau accessible, continu, dans lequel le citoyen trouverait des services de qualité sur les bases de référence de MRC pour la gamme de services de première ligne, de territoire pour des services spécialisés de base (centre hospitalier, centre jeunesse, centre de réadaptation), de territoire régional pour des services spécialisés de deuxième et troisième niveaux et extrarégional pour des services surspécialisés.

Enfin, l'année 1998 aura permis de faire le bilan de la transformation et de planifier la consolidation du réseau en dotant la région d'un plan triennal de consolidation.

Tout au long de ce parcours, les grands messages qui ont été transmis se sont toujours situés en continuité des préoccupations de la région :

- L'accessibilité, la continuité, la proximité des services;
- La mise en réseau;
- La recherche de l'équité interrégionale et intrarégionale;
- La rétention des clientèles au sens de la desserte de celles-ci dans la région;
- L'importance de l'autonomie régionale.

Ces messages ont servi de toile de fond à tous les exercices de planification régionale. À l'instar du Ministre, l'Agence constate que, malgré tous les efforts déployés au cours des dix dernières années et ayant conduit à des améliorations significatives au chapitre de l'intégration des services, les responsabilités se chevauchent encore trop souvent, faisant en sorte que des besoins importants demeurent insatisfaits. La tendance à travailler isolément, en « silo », est encore présente, le manque de continuité et de coordination des services est apparent. Il faut, par ailleurs, reconnaître que l'approche « réseau intégré de services » a franchi des pas importants dans plusieurs niveaux de services. Tout comme le Ministre, l'Agence croit en la nécessité d'une meilleure

intégration des services, dans le but de mettre fin à la discontinuité, et en la nécessité évidente de favoriser la création de regroupements de différents points de services de première ligne afin d'en assurer la bonne coordination.

Les changements apportés au système actuel viendront donc assurer la présence d'une organisation pleinement responsable de l'accès à l'ensemble des services pour une population locale. C'est par cette intégration des services, plus soutenue, qu'il sera possible de rapprocher ceux-ci de la population et de donner à cette dernière l'assurance qu'elle recevra des services de qualité, complets et continus.

DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX : POURQUOI?

En procédant à la création de RLS, le ministre de la Santé et des Services sociaux veut mettre fin à la gestion compartimentée du réseau sociosanitaire. La volonté ministérielle est de faire en sorte que les établissements : centres hospitaliers (CH), CLSC, centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) d'un territoire soient regroupés en une seule instance administrative constituant la base d'un RLS. Telle instance devra convenir d'ententes avec les cabinets de médecins, les organismes communautaires du territoire, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées, les ressources intermédiaires et les ressources de type familial en vue de constituer le réseau local de services.

Le Ministre vise, par la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2003, chapitre 21)* à :

- Offrir aux citoyens et aux citoyennes des services plus accessibles, mieux coordonnés, plus personnalisés et sans rupture.
- Assurer une meilleure prise en charge des personnes.
- Agir pour améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Rapprocher la prise de décision de ceux qui offrent les services ou qui les utilisent.
- Consolider le partenariat avec les nombreux acteurs concernés par la distribution des services de première, de deuxième et de troisième lignes.
- Donner aux gestionnaires des moyens qui favorisent l'initiative et le dynamisme.
- Impliquer et à mobiliser les cliniciens à l'organisation et à la gestion des services.
- Encourager l'engagement et la responsabilité de chacun.

À l'instar du Ministre, l'Agence croit que le projet d'intégration des services veut d'abord corriger les lacunes du système de santé et de services sociaux quant à l'accessibilité et à la continuité des services offerts aux personnes. Il s'agit avant tout de l'opportunité de revoir l'organisation des services et d'adapter la gestion en conséquence. Des changements structurels sont tout de même nécessaires pour soutenir l'organisation des services. L'intégration fonctionnelle des services doit accompagner l'intégration structurelle pour atteindre les objectifs visés.

CE QUE LA LOI ÉDICTE

Les articles 24, 25, 26, 27 et 28 viennent préciser la mission des Agences de développement des RLS et les paramètres pour la mise en place de tels réseaux locaux.

Ainsi, une agence de développement de RLS a pour mission de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services intégrés visant à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de services de santé et de services sociaux.

Pour accomplir sa mission, une agence doit définir et proposer au Ministre, dans le délai qu'il fixe, un modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs RLS dont la taille peut couvrir tout ou une partie du territoire de l'Agence.

Chacun de ces RLS doit être conçu de manière à :

- assurer à la population de son territoire l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux de première ligne, notamment à des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation et de soutien;

- garantir à la population de son territoire, par le biais d'ententes ou d'autres modalités, l'accès à des services spécialisés et surspécialisés en tenant compte des orientations développées par le réseau universitaire intégré de santé, reconnu par le Ministre, et qui est associé au réseau local de services de santé et de services sociaux;

- permettre la mise en place de mécanismes de référence et de suivi des usagers des services de santé et des services sociaux ainsi que l'instauration de protocoles cliniques à l'égard des services offerts à ces derniers;

- impliquer les divers groupes de professionnels du territoire et permettre l'établissement de liens entre eux;

- favoriser la collaboration et l'implication de tous les intervenants des autres secteurs d'activité du territoire ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux;

- s'assurer de la participation des ressources humaines disponibles et nécessaires à la prestation des services de santé et des services sociaux.

Chacun de ces RLS doit comprendre une instance locale, regroupant les établissements identifiés par l'Agence, qui offrent les services d'un centre local de services communautaires (CLSC), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, sauf dans les cas prévus, ceux d'un centre hospitalier (CH).

Une instance locale doit, pour assurer à sa population, l'accès à des services hospitaliers généraux et spécialisés, prendre une entente avec un établissement exploitant un centre hospitalier lorsqu'un tel établissement n'a pu être inclus dans l'instance en raison de :

- l'absence de tels services sur son territoire;

- la complexité d'intégrer ou de regrouper de tels services avec les autres services de l'instance locale, notamment, eu égard à l'étendue du territoire desservi par l'établissement, au nombre ou à la capacité des installations qui s'y trouvent ou à la provenance ou aux caractéristiques socioculturelles, ethno-culturelles ou linguistiques de la clientèle desservie.

Outre cette instance locale, on doit retrouver dans chacun des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, les activités et les services de médecins et de pharmaciens.

On doit également retrouver, dans chacun des ces réseaux locaux, les activités et les services d'organismes communautaires, d'entreprises d'économie sociale et de ressources privées de son territoire.

La coordination des activités et des services qui se retrouvent dans chacun des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux est assurée par l'instance locale, par le biais d'ententes ou d'autres modalités.

Dans le cas des médecins, de telles ententes ou modalités doivent faire l'objet de consultations auprès du DRMG institué en vertu de l'article 417.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et auprès de la Commission médicale régionale (CMR) instituée en vertu de l'article 367 de cette Loi.

PRINCIPES DIRECTEURS ET ORIENTATIONS

La mise en place d'un nouveau modèle d'organisation (avec comme but premier l'intégration des services) et de gouverne vise l'établissement d'un nouvel équilibre dans l'atteinte d'une plus grande décentralisation de la prise de décision et d'une meilleure prise en considération des principaux impératifs auxquels doit s'adapter l'organisation des services sociaux et de santé dans chacun des territoires.

Ce nouvel équilibre doit reposer sur les principes directeurs et orientations suivants :

- Le respect des particularités des territoires et des populations qui y vivent;
- La décentralisation de l'organisation et de la gestion des services sociaux et de santé, plus près des citoyens et des divers dispensateurs de services concernés;
- La déconcentration maximale des services près des populations;
- La recherche d'améliorations au chapitre de l'accessibilité aux services;
- La flexibilité dans l'organisation et la gestion des services sociaux et de santé;

- Le respect des relations avec les partenaires locaux et la consolidation des ententes conclues avec ces derniers;

- Le renforcement des interventions préventives et curatives de première ligne (volets médical, infirmier, psychosocial et de réadaptation);

- La consolidation et le développement d'une expertise spécialisée et surspécialisée;

- La reconnaissance de l'expertise du personnel dans les organisations;

- Une plus grande intégration des interventions;

- Le regroupement et la gestion selon une approche par programme;

- La mobilisation et l'accompagnement des ressources humaines des diverses organisations concernées;

- La mise en place de conditions facilitantes à des collaborations interdisciplinaires;

- Le développement des systèmes d'information clinique et de gestion en tant qu'outils d'aide à la décision;

- La mise en place de mécanismes de formation continue du personnel;

- La disponibilité de services de qualité, qui répondent de façon efficiente et efficace aux besoins et aux attentes des groupes et des personnes, et qui sont dispensés sur la base de pratiques professionnelles reconnues, pertinentes et efficaces.

ÉLÉMENTS SOUS-JACENTS DEVANT PRÉSIDER À LA CRÉATION DES RLS EN CHAUDIÈRE-APPALACHES

Pour l'Agence :

- Conformément à l'article 28 de la Loi, sous la coordination de l'instance locale, chaque RLS est responsable de structurer son offre de service pour la population de son territoire;

- L'offre de service doit permettre de répondre aux besoins de la population et se réaliser en fonction des ressources disponibles;

- L'offre de service de chacun des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux doit clairement identifier ce que sera :

  - le panier de services qui sera offert;
  - les corridors et ententes de services à être établis entre RLS;
  - les corridors et ententes de services hors région, le cas échéant, et selon les modalités définies entre agences;
  - les corridors et ententes de services établis entre le réseau local et les établissements spécialisés (CJ, CRDI, CRDP, CH spécialisé, etc.);
  - les ententes avec les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille (GMF), les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale (EES) et autres partenaires;

- Chaque instance locale devra, à moins d'autorisation de l'Agence et du Ministère, s'engager à maintenir le niveau de financement par programme, tel qu'il lui sera confirmé lors de sa création. Ces paramètres pourraient être revus en fonction d'une diminution de la demande ou en fonction d'écarts au regard des « per capita » territorial/régional/provincial;

- La composition du conseil d'administration de l'instance devra comprendre, tel que le dicte la Loi, au moins un représentant des conseils d'administration des établissements qui font partie de l'instance;

LA DIVISION TERRITORIALE PROPOSÉE PAR L'AGENCE

Tout comme le CSBE et le Ministère, l'Agence de développement de RLS de Chaudière-Appalaches est convaincue que l'organisation locale des services doit prendre assise sur les services de santé et les services sociaux de la première ligne et mettre l'accent sur l'intégration des services pour mieux répondre aux besoins de la population.

Pour l'Agence :

- La délimitation de la taille du territoire local est fonction du territoire de référence, de la population desservie et des ressources disponibles;

- Le découpage territorial est le plus naturel possible et tend à s'harmoniser, dans la mesure où c'est réalisable, avec le découpage d'autres territoires administratifs;

- Le réseau doit offrir le plus de services possible (services de santé publique, services généraux et certains services spécialisés), à proximité des individus;

- Le territoire est un lieu d'échanges intersectoriels qui contribue au développement social et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;

- L'organisation favorise la disponibilité, la répartition et la rétention des ressources humaines requises;

- L'organisation et les ressources disponibles confèrent une marge de manœuvre nécessaire pour optimiser le changement et l'innovation dans l'organisation des services (ressources financières, masses critiques de professionnels, volume d'activités compatibles avec des services de qualité et des coûts acceptables, etc.).

Ainsi, en Chaudière-Appalaches et depuis plus de douze ans, ces paramètres, au plan sociosanitaire, se retrouvent dans les quatre territoires de concertation. Ces territoires, tous desservis par un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou un centre

hospitalier affilié universitaire, des CLSC et CHSLD, constituent une référence sociosanitaire pour les populations qui y ont leurs habitudes de consommation de services.

En effet, ces territoires de concertation ont servi de point d'ancrage pour l'organisation des services avant même que ne soit mise en place la Régie régionale de Chaudière-Appalaches.

Certains exemples méritent d'être cités :

- Les soins respiratoires à domicile;
- La pédospychiatrie;
- La santé mentale adulte;
- Les services déconcentrés du centre de réadaptation en déficience physique;
- Les services de santé physique tels qu'en font foi les habitudes de consommation de ces services.

Le tableau ci-après fait état de la consommation des soins de santé selon la provenance des territoires de MRC (Lieux et proportion d'hospitalisations par territoire) :

CONSOMMATION DES SOINS DE SANTÉ SELON LA PROVENANCE DES TERRITOIRES DE MRC						
Territoires	**HDL**	**CHRA**	**HDM**	**CHBE**	**Ailleurs**	**Total**
L'Amiante	2,6 %	**78,4 %**	0,0 %	1,0 %	18,0 %	100,0 %
Les Etchemins	15,1 %	0,1 %	0,8 %	**66,2 %**	17,8 %	100,0 %
Beauce-Sartigan	2,0 %	0,9 %	0,0 %	**80,9 %**	16,1 %	100,0 %
Robert-Cliche	8,4 %	9,7 %	0,0 %	**62,3 %**	19,5 %	100,0 %
Lévis - Chutes-de-la-Chaudière	48,7 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	**51,2 %**	100,0 %
Bellechasse	**81,5 %**	0,0 %	2,6 %	0,8 %	15,1 %	100,0 %
Lotbinière	33,0 %	0,2 %	0,0 %	0,1 %	**66,7 %**	100,0 %
Nouvelle-Beauce	**55,7 %**	0,7 %	0,0 %	3,3 %	40,2 %	100,0 %
Lévis - Desjardins	**83,6 %**	0,1 %	0,3 %	0,1 %	15,9 %	100,0 %
L'Islet	15,2 %	0,0 %	**59,8 %**	0,0 %	24,9 %	100,0 %
Montmagny	10,2 %	0,0 %	**75,1 %**	0,5 %	14,2 %	100,0 %
Taux de rétention régionale	**72,5 %**					

L'Agence propose, pour la région de la Chaudière-Appalaches, quatre réseaux de services (RLS) et la création de quatre instances conséquentes :

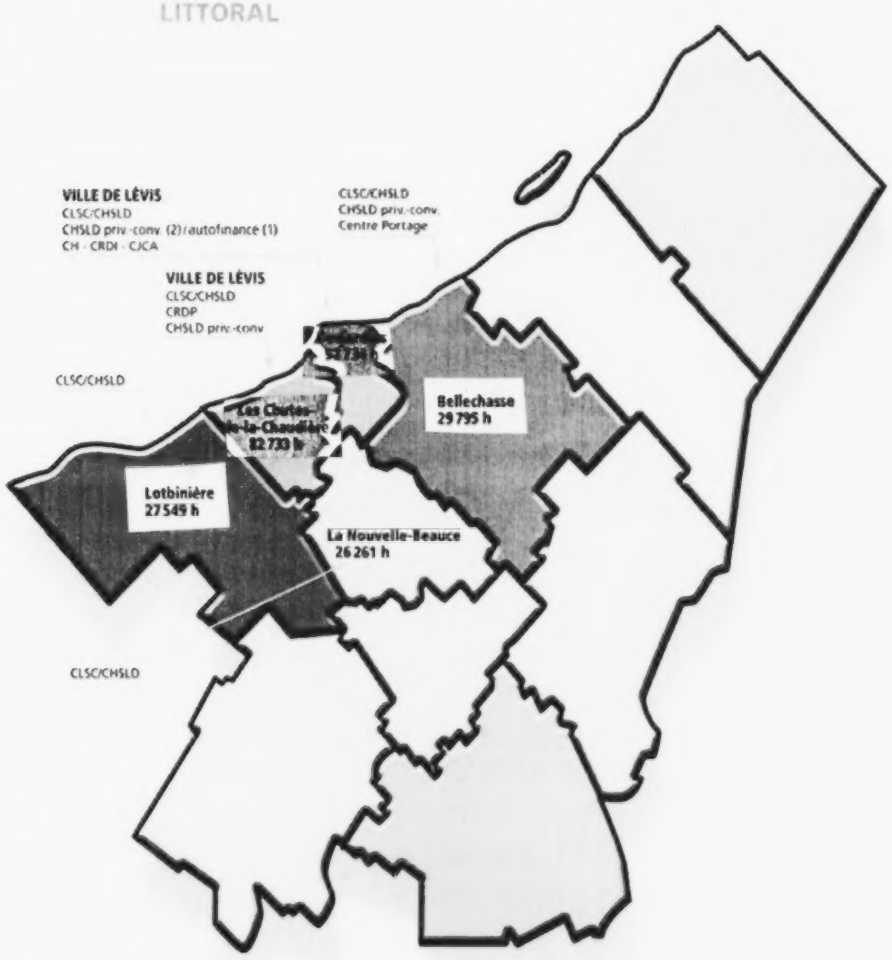
UN RLS POUR LE LITTORAL INCLUANT L'HÔTEL-DIEU DE LÉVIS

DONT L'INSTANCE LOCALE COMPRENDRA LES ÉTABLISSEMENTS SUIVANTS :

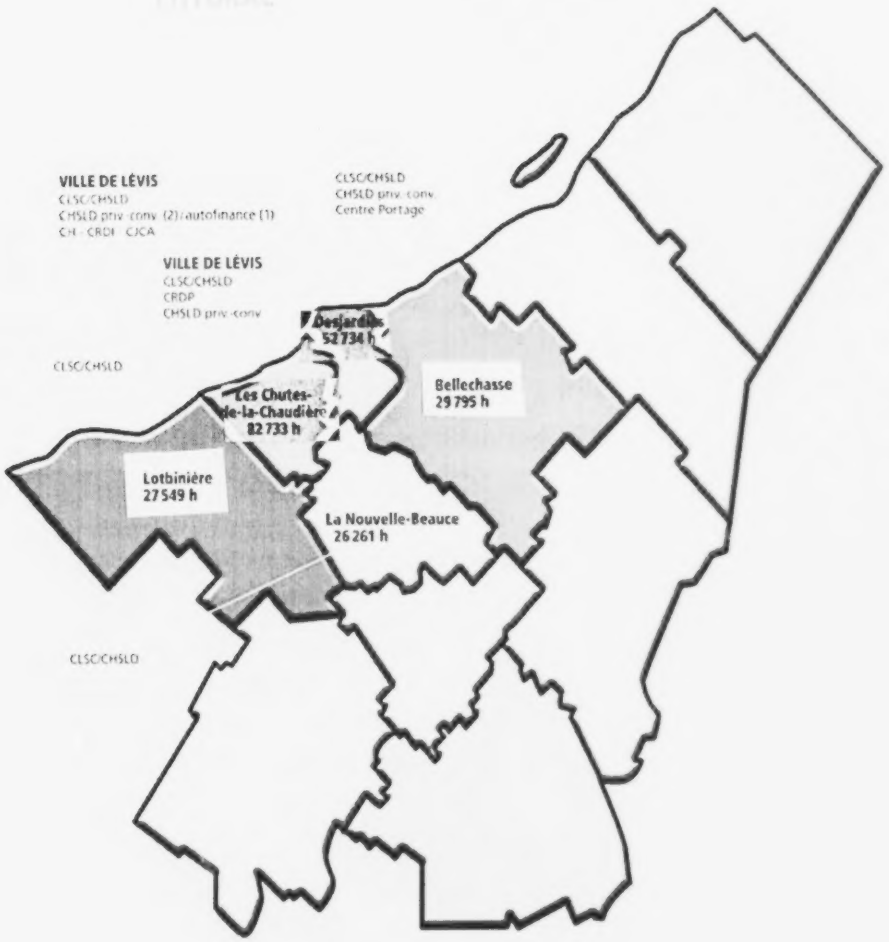
LE CENTRE DE SANTÉ DE BELLECHASSE
CENTRE DE SANTÉ PAUL-GILBERT
CENTRE DE SANTÉ ARTHUR-CAUX
CLSC ET CHSLD DE LA MRC DESJARDINS
LES CLSC ET CHSLD DE LA MRC LA NOUVELLE-BEAUCE

Il est à noter qu'en considération de l'application de l'article 26, l'instance de RLS du Littoral devra, pour assurer à sa population l'accès à des services hospitaliers généraux et spécialisés, prendre entente avec le CHAU Hôtel-Dieu de Lévis. Néanmoins, l'Agence estime que l'Hôtel-Dieu de Lévis est un partenaire à part entière du RLS du Littoral et compte que ce dernier s'investisse dans les travaux à être conduits pour sa création. De plus, le CHAU Hôtel-Dieu de Lévis et les instances locales devront convenir d'ententes pour l'accès aux services spécialisés de niveau régional

Réseau local de services de santé et services sociaux



Réseau local de services de santé et services sociaux



UN RLS POUR L'AMIANTE

DONT L'INSTANCE LOCALE COMPRENDRA LES ÉTABLISSEMENTS SUIVANTS :

CENTRE HOSPITALIER DE LA RÉGION DE L'AMIANTE

CLSC FRONTENAC

CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE DE L'AMIANTE

Réseau local de services de santé et services sociaux

AMIANTE

CLSC
CH
CHSLD

UN RLS POUR MONTMAGNY-L'ISLET

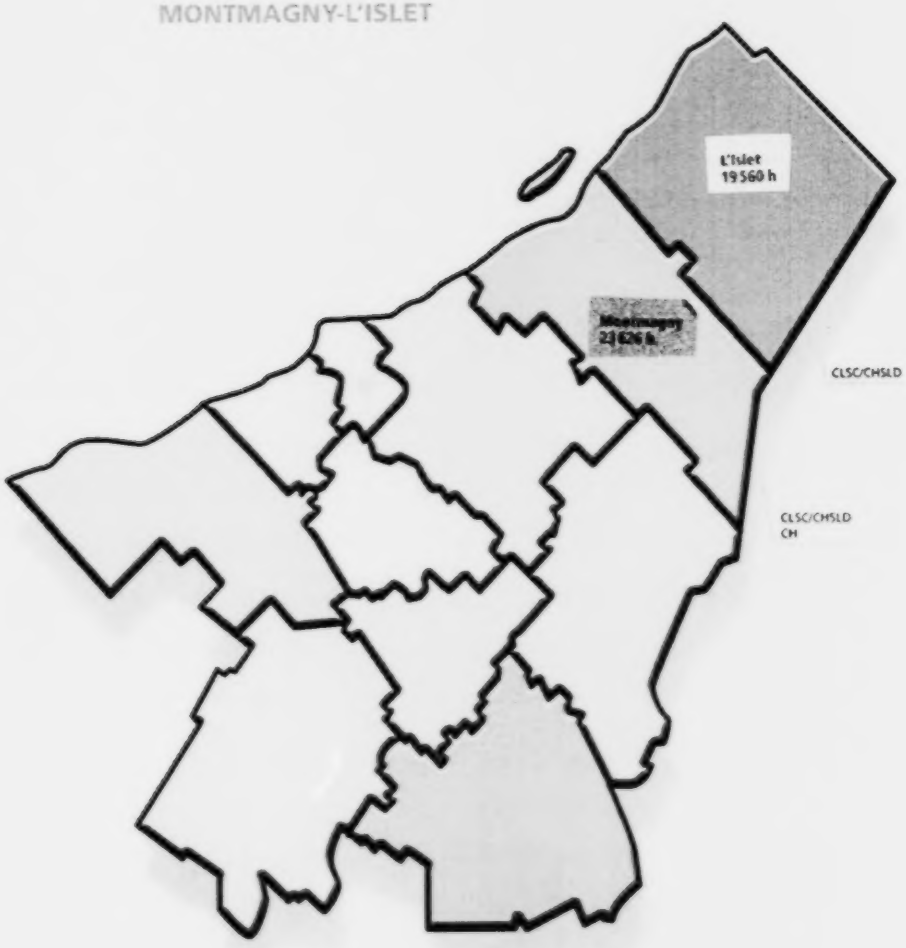
DONT L'INSTANCE LOCALE COMPRENDRA LES ÉTABLISSEMENTS SUIVANTS :

HÔTEL-DIEU DE MONTMAGNY
LES CLSC ET CHSLD DE LA MRC DE MONTMAGNY
CENTRE DE SANTÉ DE LA MRC DE L'ISLET

Réseau local de services de santé et services sociaux

Réseau local de services de santé et services sociaux

MONTMAGNY-L'ISLET



UN RLS POUR LA BEAUCE-ETCHEMIN

DONT L'INSTANCE LOCALE COMPRENDRA LES ÉTABLISSEMENTS SUIVANTS :

CENTRE HOSPITALIER BEAUCE-ETCHEMIN

CLSC BEAUCE-SARTIGAN

CRATCA ET CHSLD DE BEAUCE

CLSC BEAUCE-CENTRE

CENTRE DE SANTÉ DES ETCHEMINS

Réseau local de services de santé et services sociaux

BEAUCE-ETCHEMIN

LES FACTEURS D'EXCLUSION

L'article 26 de la Loi prévoit que chacun des RLS doit comprendre une instance locale formée pour regrouper les établissements qui offrent des services de CLSC, CHSLD et de CH. Implicitement, la Loi exclut les établissements offrant des services spécialisés et dont le rayonnement est à portée régionale. Par ailleurs, au cours des années et dans le cadre des plans régionaux d'organisation des services, du plan de transformation en 1995 et du plan de consolidation de 1999-2001, des établissements se sont vu accorder des mandats régionaux, notamment en santé mentale, en alcoolisme et en toxicomanie.

Comme l'objet de la Loi porte sur la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, il n'est pas de l'intention de l'Agence d'introduire dans la phase d'implantation des instances locales, la revue de ces mandats. De plus, les valeurs rattachées aux ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles seront considérées à titre de patrimoine régional et exclues du portrait des RLS.

L'Agence entend cependant et après la phase d'implantation des réseaux locaux sur son territoire, revoir les « modus operandi » de certains mandats, non pour questionner la qualité de l'offre de service déployée par les établissements visés, mais plutôt pour réévaluer leur formule et envisager toute hypothèse d'optimisation. Ainsi, l'Agence initiera, après l'étape de mise en place des RLS, des chantiers de travail au regard des mandats régionaux. Tels chantiers seront conduits par l'Agence sous la forme de comité de travail avec un mandat précis à durée déterminée.

LES EXCLUSIONS

L'Agence considère que les mandats régionaux ci-indiqués et portés actuellement par des établissements locaux devraient être exclus des discussions conduisant à la création des RLS dans Chaudière-Appalaches, nommément :

- Le programme 12 de traitement actif de longue durée psychiatrique déployé au Centre de santé des Etchemins;
- L'hébergement de longue durée psychiatrique déployé par le Centre de santé des Etchemins;

- La gestion et l'administration des ressources de type familial déployées par le Centre de santé des Etchemins;
- L'Info-Santé régional déployé par le CLSC Beauce-Centre.

À cet égard, l'Agence conduira des travaux spécifiques à compter de l'automne 2004 en vue de revoir l'organisation de ces services, à la lumière de la nouvelle configuration des RLS.

À PROPOS DE LA RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE

Le Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches (CRDP) a été créé en juillet 1998. Le concept du CRDP est basé, par entente de service avec des établissements mandataires, sur une prestation de services déconcentrée dans les quatre territoires de concertation de Chaudière-Appalaches. Ce concept confère à toutes fins pratiques au CRDP un statut d'établissement virtuel, ce qui entraîne plusieurs difficultés au plan légal, de la reddition de comptes budgétaires, de la production des données statistiques et du suivi des objectifs de gestion, de recrutement, de rétention des ressources humaines, de développement des expertises et par conséquent, de qualité optimale.

De l'avis de l'Agence, cette formule d'établissement virtuel ne peut tenir plus longtemps. D'ici à ce que les instances locales soient mises en place, l'Agence compte procéder au transfert des ressources actuellement dévolues aux établissements mandataires vers le CRDP. Ce transfert de ressources et la pleine prise en charge des responsabilités par le CRDP doivent cependant être assortis aux conditions suivantes :

- Maintien des plateaux techniques et du personnel dans les installations des établissements actuellement mandataires;
- Consolidation des services sur le site des établissements actuellement mandataires;
- Optimisation de l'affectation des ressources financières au profit de la clientèle;
- Impartition au maximum des services administratifs et de soutien.

À la lumière de ce qui précède, l'Agence compte requérir du Ministère l'émission d'un permis d'opération en bonne et due forme pour le CRDP Chaudière-Appalaches. De plus, elle compte que la dotation du CRDP Chaudière-Appalaches s'actualise dans les meilleurs délais en considération des règles applicables.

À PROPOS DU CENTRE HOSPITALIER AFFILIÉ UNIVERSITAIRE HÔTEL-DIEU DE LÉVIS

L'article 26 de la Loi prévoit que tous les réseaux locaux sont constitués d'une instance regroupant des services de CLSC, CHSLD et d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Or, selon les indications connues à ce jour, les établissements hospitaliers à vocation universitaire pourraient faire partie des exceptions quant à leur intégration aux instances locales.

Il apparaît opportun de préciser les raisons qui justifient l'orientation proposée par l'Agence à l'effet de ne pas inclure l'Hôtel-Dieu de Lévis dans l'instance locale.

L'Agence compte renforcer le rôle de cet établissement au chapitre :

- du développement de sa vocation régionale et de sa vocation universitaire;
- de sa contribution à l'offre de service tant locale (territoire du RLS) que régionale;
- de sa participation active aux activités du RUIS de l'Université Laval.

Inutile de rappeler ici que l'Hôtel-Dieu de Lévis exerce un rôle important de centre hospitalier régional dans Chaudière-Appalaches. De plus, cet établissement est doté d'un statut de centre hospitalier affilié universitaire (CHAU) qui lui confère des responsabilités en matière de recherche, de formation et de dispensation de services spécialisés de pointe.

La Régie régionale de Chaudière-Appalaches adoptait en juin 2003, un modèle d'organisation de services hospitaliers de deuxième et troisième lignes en santé physique et en santé mentale précisant le rôle de l'Hôtel-Dieu de Lévis dans plusieurs spécialités médicales et chirurgicales de niveau régional.

En continuité des appuis que cet établissement a reçus de la Régie régionale, l'Agence compte promouvoir le maintien du statut universitaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis.

L'Agence compte cependant indiquer à l'établissement qu'elle le considère comme un partenaire à part entière dans le RLS du Littoral et s'attendra à des collaborations conséquentes. L'Agence prévoit suggérer au Ministre, lors de ses consultations pour la dotation du conseil d'administration de l'instance du Littoral, la candidature d'une personne issue du conseil d'administration de l'Hôtel-Dieu de Lévis; elle entend également proposer qu'une personne du conseil d'administration de l'instance locale soit nommée au sein du conseil d'administration de l'Hôtel-Dieu de Lévis, en vue d'accroître et d'optimiser les rapports entre les deux entités légalement constituées.

À PROPOS DES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE ET DEUXIÈME LIGNES SUR LE LITTORAL

Sur le territoire du Littoral, tel qu'il est décrit précédemment, deux établissements dispensent des services de santé spécialisés. Le CHAU Hôtel-Dieu de Lévis et le Centre de santé Paul-Gilbert.

L'Hôtel-Dieu de Lévis offre des services généraux et spécialisés avec ou sans hospitalisation et en ambulatoire.

Le Centre de santé Paul-Gilbert, quant à lui, offre des services généraux et spécialisés en ambulatoire seulement. De plus, cet établissement dispose actuellement d'une urgence de première ligne et de civières d'observation.

Dans le but d'uniformiser l'offre de service à la population et d'assurer une intégration optimale des services médicaux et hospitaliers de deuxième et de troisième lignes, l'Agence compte recommander au Ministre, lors de la constitution de l'instance du Littoral, de confier à l'Hôtel-Dieu de Lévis la responsabilité de gestion de l'offre de services hospitaliers de deuxième ligne au site de Charny avec le mandat d'adapter l'offre de service aux besoins et aux réalités des populations du secteur ouest et sud-ouest du Littoral. Ainsi, le CHAU Hôtel-Dieu de Lévis aura la pleine responsabilité sur les plateaux techniques et opératoires, les cliniques externes de consultations

spécialisées, l'imagerie médicale et les laboratoires. Ces dernières activités seront, par ailleurs, non seulement maintenues sur place, mais consolidées en relation avec le projet global de révision de l'offre de service à dispenser à la population. Cette recommandation devra conduire à la consolidation du pôle de services à Charny. La planification générale de l'Hôtel-Dieu de Lévis de même que le plan directeur immobilier, la planification de la main-d'œuvre, les plans d'effectifs médicaux et autres devront refléter cette réalité.

Des discussions sont actuellement en cours dans le but de convenir des meilleures modalités de fonctionnement des services d'urgence, de même que de certains services déployés par l'Hôtel-Dieu de Lévis et qui pourraient être davantage compatibles avec les activités de première ligne.

LA RÉADAPTATION EN TOXICOMANIE DANS CHAUDIÈRE-APPALACHES

L'organisation des services de réadaptation en toxicomanie dans Chaudière-Appalaches tire son origine de l'initiative des établissements du territoire de Beauce-Etchemin.

L'institution légale du CRATCA date de 1995-1996, de l'époque du plan de transformation, époque à laquelle le Ministre en a confié la mission au CHSLD de Beauce.

À la faveur du dernier processus de renouvellement des conseils d'administration des établissements, le Ministre a convenu de doter le conseil d'administration de l'établissement *CRATCA et CHSLD de Beauce* en conseil d'administration de centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes (CRAT).

Un fait est demeuré constant, tout au long de l'histoire de l'organisation des services en toxicomanie, dans la région de la Chaudière-Appalaches, la gestion et l'administration a relevé d'une instance à portée locale.

On comprendra, dans ce cas-ci que le volet CHSLD a toujours pris le dessus sur le volet CRAT compte tenu de son poids relatif.

L'article 26 de la Loi prévoit les modalités conduisant à la création d'une instance. Ce faisant, on doit comprendre que :

> *« Les centres hospitaliers qui offrent des services de deuxième et de troisième lignes et qui ont des missions régionales et suprarégionales, les centres de réadaptation et les centres jeunesse poursuivent la distribution des services selon le mandat et les responsabilités que la* Loi sur les services de santé et les services sociaux *leur confie. Ils interviennent en soutien aux instances locales, selon des modalités de référence et de suivi qui sont préalablement établies. »*

En considération de ce qui précède, l'Agence entend proposer au Ministre, dans le cadre de la création de l'instance locale du RLS Beauce-Etchemin, une formule permettant :

- le maintien du statut juridique du CRATCA;
- l'une ou l'autre des hypothèses suivante :
  - de confier la gestion et l'administration du CRATCA à un établissement à vocation régionale;
  - de confier la gestion et l'administration à l'instance locale du RLS Beauce-Etchemin dans une forme juridique adaptée.

LES CONDITIONS DE RÉALISATION ET DE SUCCÈS

Tout comme pour le Ministre, l'Agence estime que la mise en place des réseaux locaux de services est avant tout un projet clinique visant l'intégration des services. La révision des structures et l'unification des missions se veulent des moyens pour faciliter cette intégration et pour accentuer le décentralisation d'activités de coordination des acteurs et d'organisation des services le plus près possible de l'action. Ces responsabilités ont été jusqu'alors dévolues aux régies.

Le projet d'intégration des services veut d'abord corriger les lacunes du système de santé et de services sociaux quant à l'accessibilité et à la continuité des services offerts aux personnes. Il s'agit avant tout de l'opportunité de revoir l'organisation des services, faciliter le cheminement de la personne dans le réseau et adapter la gestion pour atteindre ces objectifs.

Des conditions s'avèrent cependant importantes pour la réussite des réseaux locaux de services, dont :

- La mobilisation de tous, c'est-à-dire des gestionnaires (directeurs généraux, cadres), des médecins, des intervenants et de la population;
- La mise en place d'un système d'information efficace permettant le partage des données cliniques pour assurer la prise en charge globale des patients;
- La révision du mode de financement des établissements afin que, dorénavant, chaque région puisse compter sur un budget basé sur les besoins de sa population;
- Le renforcement de l'apport technologique à proximité des milieux de vie pour faciliter le diagnostic par les médecins de famille.

Outre ce qui précède, l'Agence, à l'instar du CSBE, estime que les instances locales doivent tenir compte des conditions suivantes :

- L'engagement de l'instance locale d'assumer une responsabilité à l'égard de la santé et du bien-être du territoire desservi;
- La reconnaissance que les services de première ligne constitue la porte d'entrée du système de services;
- La promotion de l'organisation du travail en mode multidisciplinaire;
- Le développement d'environnements propices à l'action en réseau.

LE CADRE OPÉRATIONNEL POUR LA MISE EN PLACE DES RÉSEAUX LOCAUX

Structure interne de planification

Le dossier est piloté par le comité de direction de l'Agence.

Deux groupes de travail sont mis sur pied pour assurer la réalisation de divers volets :

- Un groupe de travail constitué pour la cueillette des données et informations requises pour tracer les portraits territoriaux.

Ce groupe est soutenu par les professionnels de la Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles (DRFMI), de la Direction de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires (DOSAMU), de la Direction des ressources humaines, de la Direction la santé publique et accompagné d'un coordonnateur. Il verra également à soutenir les travaux de réalisation des projets cliniques.

- Un groupe de travail s'assurant de la mise en place des outils de communication et de consultation.

Il est constitué :

- Du secrétaire général et directeur des ressources humaines;
- D'un agent de communication.

Structure externe de planification

Un comité aviseur est mis en place et formé de :

- Cinq membres du conseil d'administration de l'Agence de développement, autres que ceux qui sont, à un titre quelconque, salariés du réseau, excluant le président-directeur général;

- Deux membres du Forum de la population.

Le mandat du comité est de :

- Prendre connaissance des balises et règles d'application de la Loi;
- Recevoir la proposition de modèle d'organisation des RLS de Chaudière-Appalaches;
- Analyser les modèles d'organisation des services proposés par territoire d'instance en relation avec les dispositions légales et les balises fournies par le Ministre;
- S'assurer du respect des dispositions de la Loi à l'égard de la consultation de la population à être conduite par le Forum de la population;
- Veiller à la réalisation des consultations des instances prévues à la Loi :
  - Les établissements;
  - Le DRMG;
  - Le comité d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise;
  - Autres instances, dont la Commission médicale régionale (CMR), Commission infirmière régionale (CIR), Commission multidisciplinaire régionale (CMUR) et organismes communautaires;
  - Autres, le cas échéant;
- S'assurer de la complémentarité du modèle proposé avec celui du RUIS Laval.

ÉTAPES CONDUISANT À LA CONSTITUTION DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES

Le Ministre requiert des Agences, le dépôt des propositions de modèles régionaux basés sur la création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux pour le 30 avril 2004, aux fins que ceux-ci soient graduellement mis en opération au cours de l'exercice 2004-2005.

Aux termes de la mise en place des RLS dans chaque région, des changements seront apportés à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre*

S-4.2). Cette révision de la Loi précisera la nature des organisations qui constitueront désormais le système de santé et de services sociaux, dont leurs pouvoirs et responsabilités, leur administration et leur imputabilité, de même qu'un ensemble de dispositions viendraient soutenir l'organisation des services. La nature et l'étendue des modifications législatives ne sont pas connues à ce jour.

Pour mener à bien cette phase d'implantation des RLS sur le territoire de Chaudière-Appalaches, l'Agence compte conduire les opérations de la façon suivante :

Constitution par l'Agence d'une équipe de travail par territoire, formée d'un cadre supérieur de l'Agence, assisté de professionnels, des directeurs généraux des établissements du territoire concerné.

Le mandat de ce comité de travail consiste à :

- Établir le portait des ressources sociosanitaires du territoire;
- Convenir des modalités entourant la constitution de l'instance;
- Soutenir le processus d'identification des membres des conseils d'administration des établissements proposés pour siéger au conseil d'administration de l'instance;
- Identifier qui des établissements spécialisés de la région, des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale, pharmaciens, médecins, seront appelés à s'impliquer dans le RLS;
- Établir l'offre de service de santé et de services sociaux de première et deuxième lignes à être fournie à la population en relation avec l'engagement populationnel du RLS;
- Convenir du projet clinique à la base du RLS;
- Identifier les corridors et ententes de services à établir avec les autres RLS;
- Identifier les ententes de services existantes et à établir, notamment avec les établissements régionaux (CR, CHAU, etc.);

Cette étape doit se réaliser au cours de la période de février à la mi-mars 2004.

Il va de soi qu'en cours de travaux, les présidents des conseils d'administration des établissements devront être associés aux travaux du comité de travail du territoire.

Cette étape doit se réaliser au cours de la période de février à la fin mars 2004.

Les consultations du Forum de la population, du DRMG et du comité d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise

L'article 30 de la Loi indique qu'aux fins de définir et proposer un modèle d'organisation de RLS sur son territoire, l'Agence doit effectuer des consultations des établissements, du DRMG, du comité régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise et auprès de la population par l'entremise du Forum de la population.

On comprendra que par la démarche initiée par l'Agence, les établissements sont largement interpellés dans le processus conduisant à la création des RLS sur les territoires, notamment au regard de la constitution de l'instance locale, de l'élaboration de l'offre de service local sous sa juridiction, des corridors et ententes à établir, etc.

Le Département régional de médecine générale (DRMG)

Pour le DRMG, l'Agence compte, au cours des réunions régulières de février et mars 2004 du département, soumettre la proposition qu'elle entend recommander au Ministre.

De plus, l'Agence entend proposer au DRMG d'initier des travaux spécifiques pour favoriser l'implication et la contribution des médecins en préparation des échanges de collaboration à venir entre les instances, les cabinets et les GMF, et pour l'élaboration des ententes ou autres modalités à prévoir.

Le comité régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise

À l'instar du DRMG, l'Agence entend convoquer les membres du comité aux fins d'échanger sur la proposition qu'elle entend déposer au Ministre.

Le Forum de la population

L'Agence compte proposer au Forum de la population la tenue de consultations publiques. Telles consultations visent à permettre aux citoyens de se faire entendre et d'exposer leur point de vue quant au modèle proposé.

Cette consultation se fera sous la forme de groupes de consultation (« focus groups ») par territoire de RLS qui se tiendront au cours de la première quinzaine du mois d'avril, en présence de représentants du conseil d'administration de l'Agence et du Forum de la population, à la mesure de la disponibilité. À la suite de ces consultations, le conseil d'administration de l'Agence sera appelé à adopter une résolution recommandant au Ministre le modèle d'organisation des RLS pour la région de la Chaudière-Appalaches.

Outre les consultations obligatoires, l'Agence entend aussi interpeller les groupes syndicaux régionaux, les organismes communautaires, selon des modalités à convenir.

Ces consultations se tiendront simultanément à celles conduites pour le Forum et se dérouleront entre le 15 mars et le 2 avril 2004.

CONCLUSION

L'accès à des services de qualité, continus, quel que soit le territoire de résidence, est l'attente principale de la population au regard de leur système de santé et de services sociaux. Les modes de gestion et les pratiques doivent évoluer afin de rapprocher les services des citoyens et donner à ceux-ci l'assurance qu'ils recevront une réponse appropriée à leur situation, tant dans la perspective de les aider à améliorer leur santé et leur bien-être que dans celle de leur offrir le traitement et le soutien dans leur milieu de vie.

Recentrer le système sur les besoins et les attentes de la population constitue, sans aucun doute, la meilleure façon de restaurer la confiance de la population.

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, comme beaucoup d'autres intervenants, soutient que la première ligne de services de santé et de services sociaux doit constituer l'assise

même du système sociosanitaire. À cet égard, la création des RLS dans Chaudière-Appalaches devient le pilier majeur d'une offre de service de base, de qualité, accessible et continue pour la population sur l'ensemble du territoire.

L'instance locale constitue quant à elle, le moyen privilégié pour coordonner les activités du RLS suivant une responsabilité :

- Organiser les services le plus près possible des milieux de vie;
- Assurer une gestion optimale des ressources.

À conséquence, l'Agence entend s'engager et exercer le leadership qui lui est dévolu dans la mise en place de tels réseaux.

Le Plan détaillé et son échéancier (Le Calendrier)

	JANVIER				FÉVRIER					MARS				AVRIL				MAI					JUIN			
	4	11	18	25	1	8	15	22	29	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	6	23	30	6	13	20	27
Séance de travail CA Régie / démarche et processus			**21**																							
Conversion des régies régionales en Agence				**29**																						
Travaux préparatoires sur les RLS																										
Forum – Démarche et processus / Validation du processus de consultation					**4**																					
Dépôt du portrait des ressources par territoire					**5**																					
Constitution comité de travail Agence / établissements / territoire					**5**																					
Adoption / démarche et processus conduisant à une proposition de modèle							**18**																			
Constitution d'un comité aviseur CA / Forum							**18**																			
Élaboration RLS et instance / territoire																										
Élaboration offre de service / territoire et – projet clinique de base																										
Consultation sur modèle RLS Chaudière-Appalaches via le Forum												**À déterminer**														
Rencontre établissements / partenaires RLS														**5**	**16**											
Adoption proposition RLS par le CA de l'Agence																**21**										
Émission décret RLS Chaudière-Appalaches																										
Émission lettres patentes / Inspecteur général institutions financières (IGIF)																										
Formation du CA de l'instance																										
Concours : embauche du directeur général																							**À déterminer**			

CONSULTATIONS 2004

QUI	QUAND	COMMENT
Les établissements constitués en instance	Continu Février, mars et avril	Associés aux travaux
Le DRMG	30 mars	Réunion régulière
Comité d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	mars	Réunion du comité
Syndicats régionaux	mars	Convocation de l'intersyndical régional
Organismes communautaires	février et mars	Convocation / territoire de RLS faite par l'Agence
Population et autres partenaires	mars et avril	Par territoire de RLS (« focus group ») et Site Web
Élus municipaux	mars et avril	Par territoire de RLS selon structure de la CRE Conférence régionale des élus
La CIR La CMUR La CMR	mars	Réunion régulière

ANNEXE I

RLS EN CHAUDIÈRE-APPALACHES

RLS EN CHAUDIÈRE-APPALACHES

RLS du Littoral

- Les CLSC et CHSLD de la MRC de la Nouvelle-Beauce
- CLSC et CHSLD de la MRC Desjardins
- Centre de santé Arthur Caux
- Le Centre de santé de Bellechasse
- Centre de santé Paul-Gilbert
- Organismes communautaires, organismes d'économie sociale, cliniques médicales, pharmaciens, ressources intermédiaires, ressources de type familial, groupes de médecine de famille, établissements privés conventionnés, ressources privées, par ententes ou autres modalités
- Centre hospitalier affilié Hôtel-Dieu de Lévis par ententes avec l'instance locale
- Établissements spécialisés par ententes avec l'instance locale

RLS Beauce-Etchemin

- Centre hospitalier Beauce-Etchemin
- CLSC Beauce-Centre
- CLSC Beauce-Sartigan
- Centre de santé des Etchemins
- CRATCA et CHSLD de Beauce
- Organismes communautaires, organismes d'économie sociale, cliniques médicales, pharmaciens, ressources intermédiaires, ressources de type familial, groupes de médecine de famille, établissements privés conventionnés, ressources privées, par ententes ou autres modalités
- Centre hospitalier affilié Hôtel-Dieu de Lévis et établissements spécialisés par ententes avec l'instance locale

RLS Montmagny-L'Islet

- Hôtel-Dieu de Montmagny
- Les C.L.S.C. et C.H.S.L.D. de la M.R.C. de Montmagny
- Centre de santé de la MRC de L'Islet
- Organismes communautaires, organismes d'économie sociale, cliniques médicales, pharmaciens, ressources intermédiaires, ressources de type familial, groupes de

médecine de famille, établissements privés conventionnés, ressources privées, par ententes ou autres modalités

- Centre hospitalier affilié Hôtel-Dieu de Lévis et établissements spécialisés par ententes avec l'instance locale

RLS Amiante

- Centre hospitalier de la région de l'Amiante
- CLSC Frontenac
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée de l'Amiante
- Organismes communautaires, organismes d'économie sociale, cliniques médicales, pharmaciens, ressources intermédiaires, ressources de type familial, groupes de médecine de famille, établissements privés conventionnés, ressources privées, par ententes ou autres modalités
- Centre hospitalier affilié Hôtel-Dieu de Lévis et établissements spécialisés par ententes avec l'instance locale

ANNEXE II

NOMENCLATURE DES SERVICES DE PREMIERE LIGNE SUR LE TERRITOIRE LOCAL

NOMENCLATURE DES SERVICES DE PREMIERE LIGNE SUR LE TERRITOIRE LOCAL

À terme, une organisation des services structurée sur la base de réseaux locaux de services va assurer l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux aux citoyens et aux citoyennes d'un territoire local.

DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE SUR LE TERRITOIRE LOCAL

Offerts par l'instance locale

Des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement institutionnel

- Des services et des interventions de santé publique pour la population, pour les clientèles vulnérables et particulières : actions qui visent la promotion, la prévention et la protection de la santé en lien avec les plans d'action régional et local de la santé publique.

- Des services généraux destinés à l'ensemble de la population, habituellement des services ponctuels : information/orientation, soutien diagnostique, services infirmiers, Info-Santé CLSC, services de périnatalité, services de nutrition, réadaptation physique, services psychosociaux pour les jeunes et les adultes, services d'intervention psychologique, services à domicile pour les personnes qui ont une incapacité temporaire, services en milieu scolaire et en centre de la petite enfance et services d'intervention pour les mesures d'urgence et de sinistre.

- Des services spécifiques destinés aux clientèles vulnérables et aux clientèles particulières (personnes en perte d'autonomie, personnes atteintes d'une maladie chronique dont le cancer, personnes en fin de vie, personnes qui ont une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, jeunes en difficulté et leurs familles, personnes aux prises avec des dépendances, personnes victimes de violence, personnes qui ont des problèmes de santé mentale et autres), habituellement des services à moyen et à long termes : en grande partie des

services à domicile, des services psychosociaux, des services de réadaptation et certains soins en fin de vie.

- Des services en CHSLD publics.

Offerts par les médecins généralistes

Des services médicaux généraux, dispensés par les omnipraticiens

- Des services de consultation médicale avec ou sans rendez-vous, des services médicaux offerts dans les urgences et auprès des clientèles vulnérables, des services de soutien au diagnostic médical et à la référence et des services de planification des naissances.

Offerts par les ressources d'hébergement institutionnelles et non institutionnelles

- Pour les ressources d'hébergement institutionnelles, on fait référence aux établissements privés conventionnés. Pour les ressources non institutionnelles, on pense aux ressources intermédiaires (RI) et aux ressources de type familial (RTF), gérées par les centres de réadaptation, les centres jeunesse ou par l'instance locale, et à d'autres alternatives de logement.

- Une instance locale peut exercer un mandat régional d'hébergement pour certaines clientèles, lorsque le volume de personnes desservies permet leur regroupement dans une même ressource.

Offerts par les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies communautaires et les autres ressources privées du territoire, notamment les résidences pour personnes âgées en perte d'autonomie

- Des liens établis par entente ou par d'autres modalités de collaboration sont à créer avec l'instance locale.

- Les modalités de collaboration avec le milieu communautaire doivent se réaliser en respectant l'autonomie de ces organismes et en observant les termes de la politique gouvernementale.

DES SERVICES HOSPITALIERS GENERAUX ET SPECIALISES DISPENSES GENERALEMENT PAR L'INSTANCE LOCALE

(Lorsque, exceptionnellement, aucun CHSGS ne fait partie de l'instance locale, une entente de services formelle doit être établie avec un centre hospitalier en vue d'assurer à la population du territoire local l'accès aux services hospitaliers généraux et spécialisés)

- Des services hospitaliers généraux et spécialisés de base :
  - Urgence
  - Hospitalisation
  - Accès à des spécialités médicales locales :
    - Chirurgicales (anesthésiologie, chirurgie générale, orthopédie et obstétrique-gynécologie)
    - Médicales (médecine interne, pédiatrie, psychiatrie et anatomopathologie)

- Des plateaux techniques et diagnostics de base

  (les services diagnostics de base peuvent se retrouver dans l'instance locale, sinon une entente doit être convenue, soit avec une autre instance locale, un CHSGS ou une clinique privée en vue d'assurer l'accès à ces services)
  - Imagerie
  - Radiologie
  - Laboratoires

UN MAXIMUM DE SERVICES SOCIAUX, DE SANTE ET DE READAPTATION, SPECIALISES, DECONCENTRES SUR LE TERRITOIRE LOCAL

- Certains services offerts par les centres jeunesse, par les centres de réadaptation ou par les centres hospitaliers;

- La nature des services qui doivent être déconcentrés est à déterminer selon les besoins et les masses critiques de professionnels disponibles dans la région. Des ententes sont convenues entre ces centres et l'instance locale.

DES SERVICES SPECIALISES ET SURSPECIALISES RENDUS ACCESSIBLES A L'EXTERIEUR DU TERRITOIRE LOCAL

- Les services offerts par les centres hospitaliers à vocation régionale et suprarégionale, les centres jeunesse et les centres de réadaptation disponibles dans la région ou dans d'autres régions;

- L'accès aux services spécialisés et surspécialisés est assuré par des mécanismes de référence et par des corridors de services qui prennent la forme d'ententes entre les organisations et les producteurs de services.

ANNEXE III

MODALITES D'ORGANISATION POUR ASSURER L'ACCES AUX SERVICES, LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ET LA PARTICIPATION DE LA POPULATION

DES MODALITES D'ORGANISATION POUR ASSURER L'ACCES AUX SERVICES, LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ET LA PARTICIPATION DE LA POPULATION

Chaque réseau local de services est caractérisé par des modalités formelles d'organisation de services. Ainsi, des mécanismes d'accès connus, des ententes convenues et d'autres moyens seront instaurés pour assurer la prise en charge des personnes et la mise en place de corridors de services fonctionnels entre les organisations et entre les professionnels.

L'accès systématisé aux services de première ligne à partir de deux guichets d'accès, soit l'instance locale et le cabinet de médecins

- Un guichet d'accès déterminé avec une instance locale;
- Des mécanismes de prise en charge assurés par l'instance locale, adaptés pour chaque clientèle particulière;
- Un lien privilégié, par l'inscription des personnes (prioritairement pour les clientèles vulnérables), avec un groupe de médecins ou un médecin. Il faut noter que l'usager peut choisir son médecin de famille;

L'implantation des groupes de médecine de famille va se poursuivre, c'est la voie privilégiée pour faciliter l'accès aux services médicaux généraux.

L'organisation des services médicaux généraux en mettant à contribution le Département régional de médecine générale (DRMG)

- La définition d'ententes et de mécanismes de collaboration entre une instance locale et les cabinets de médecins;
- L'accès à des plateaux techniques pour tous les médecins;
- La définition de corridors de services pour la référence et le suivi avec les médecins spécialistes;
- Des engagements et des modalités pour assurer la prise en charge des clientèles plus vulnérables.

L'instauration d'ententes pour favoriser la complémentarité des services

- Des modalités sont à définir pour associer l'instance locale avec les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies communautaires, les ressources non institutionnelles et certaines ressources privées.
- Des ententes sont à formaliser pour associer les instances locales et les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, selon les programmes-services. Les corridors de services sont bidirectionnels.
- Les modalités d'organisation proposées par les agences régionales tiendront compte de celles développées par les réseaux universitaires intégrés de services (RUIS).

La standardisation de la pratique professionnelle par l'instauration de protocoles cliniques, selon les meilleures pratiques, visant à simplifier les trajectoires de services

- Identifier, concevoir et mettre en place les protocoles cliniques, selon les meilleures pratiques, basées sur des données probantes et qui précisent notamment :
  - les objectifs de santé et de bien-être poursuivis;
  - les partenaires mis à contribution (approche interdisciplinaire) ;
  - le partage de responsabilités;
  - les ressources requises;
  - les modalités de référence, de transfert et de suivi;
  - les mécanismes de coordination et de communication;
  - les indicateurs de résultats.

L'implication des différents groupes professionnels

- Les professionnels (médecins, infirmières, etc.) devront être associés à l'organisation des services ainsi qu'à la gestion selon des modalités adaptées à chaque réseau local de services.

La collaboration avec les autres secteurs d'activité

- Des liens avec les autres secteurs d'activité, ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux, tels les commissions scolaires, les municipalités, le milieu de l'habitation, etc., sont nécessaires pour avoir une vision cohérente et pour coordonner les actions afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

Des modalités de participation de la population

C'est à l'échelle locale que devront s'intensifier les initiatives pour mettre à contribution la population dans la réflexion et dans la prise de décision entourant l'organisation des services.

L'instance locale devra, pour chaque territoire local, définir les modalités de participation pour les citoyens et les usagers, qui sont adaptées aux particularités territoriales.

ANNEXE IV

PLAN DE PRESENTATION DU PORTRAIT DES RESSOURCES/TERRITOIRE DE RLS DE CHAUDIERE-APPALACHES

PLAN DE PRESENTATION DES RESSOURCES/TERRITOIRE DE RLS EN CHAUDIERE-APPALACHES

Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Organigramme

Population des RLS

Effectifs médicaux au 28 janvier 2004

Données d'hospitalisations

Corridors de services médicaux

Personnes en perte d'autonomie

Résidences privées

Soutien à domicile

Fiche d'identification (CH)

Cliniques médicales

Pharmacies

Organismes communautaires

Ressources financières
- Fiches techniques et données financières

Ressources humaines
- Profil de main-d'œuvre
- Portrait de main-d'œuvre

Programme de santé publique

ANNEXE V

L'APPROCHE DE GESTION PAR PROGRAMME

L'APPROCHE DE GESTION PAR PROGRAMME

Nouvelle logique d'organisation des services privilégiée par l'agence

➢ Portrait des ressources :

- Les programmes :

  Actuellement, l'activité du système de santé et de services sociaux est découpée en huit sous-ensembles désignés par l'appellation « programme-clientèle ». Ces programmes sont : santé publique - santé physique - santé mentale - personnes âgées en perte d'autonomie - déficience physique - déficience intellectuelle - jeunes et leur famille - alcoolisme et autres toxicomanies.

  À compter du prochain exercice, l'appellation « programme-clientèle » sera remplacé par « programme-services ». De plus, afin de distinguer les activités qui ne sont pas des services directs aux personnes, le ministère de la Santé et des Services sociaux va créer les « programmes-soutien ».

  Dans le secteur de la santé et des services sociaux, un **programme** est un regroupement de services et d'activités. Il existe deux types de programmes : les programmes-services et les programmes-soutien.

  Un ***programme-services*** désigne un ensemble de services et d'activités organisé dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou encore, aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune.

  Un ***programme-soutien*** désigne un ensemble d'activités de nature administrative et technique en appui aux programmes-services.

  La configuration des programmes proposés poursuit les buts suivants :

- Orienter l'organisation des services de santé et des services sociaux selon les besoins de la population et selon les profils de besoins des groupes de personnes aux prises avec une problématique particulière;
- Fournir un cadre intégrateur pour la planification (politiques et orientations), pour l'allocation des ressources financières et pour la reddition de comptes;
- Favoriser le réseautage, soit l'organisation des services en continuum, en fonction des besoins de la population ou selon les profils de besoins des groupes de personnes aux prises avec une problématique particulière, et ce, au-delà des frontières institutionnelles ou professionnelles;
- Permettre aux régions d'exercer des choix sur les modalités de prestation et d'organisation des services ainsi que sur la distribution des ressources.

Les ***programmes-services*** répondent à des besoins qui touchent l'ensemble de la **population :**

- Santé publique;
- Services généraux – activités cliniques et d'aide.

Les ***programmes-services*** répondant à des **problématiques particulières :**

- Perte d'autonomie liée au vieillissement;
- Déficience physique;
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement;
- Jeunes en difficulté;
- Dépendances;
- Santé mentale;
- Santé physique.

Les programmes-soutien

Les ***programmes soutien*** regroupent les activités qui viennent appuyer les programmes-services :

- Administration et soutien aux services;

- Gestion des bâtiments et des équipements,

La logique de gestion qui caractérise actuellement la plupart des organisations du réseau est essentiellement une « logique d'établissement », à savoir une logique de gestion axée sur la réalisation d'une mission qui est propre à l'organisation concernée, sur la gestion des ressources qui lui sont spécifiquement dédiées et sur une organisation des activités qui se doit d'être performante pour répondre aux impératifs d'un processus de reddition de comptes principalement orienté vers la gestion efficiente des ressources attribuées. Cette logique de gestion présente des forces certaines mais contribue toutefois à générer entre les organisations des situations de compétition et de cloisonnement qui entravent l'intégration des interventions et qui ont donné lieu à l'avènement du projet de loi n° 25.

Le modèle proposé met l'accent sur le développement de l'approche par programme de façon à favoriser une diminution des situations de cloisonnement et de discontinuité de services et à renforcer l'intégration des interventions.

Cette approche est basée sur la notion de **programme**, laquelle est définie comme étant :

> *« Un ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement, avec les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes de santé ou sociaux précis, et ce, pour une population définie ».*

Un programme doit de plus comprendre une gamme diversifiée d'interventions reconnues comme pertinentes et efficaces, conduites dans une perspective de continuum de services et réalisées par une force d'intervention interdisciplinaire (volets médical, infirmier, psychosocial et de réadaptation) dans la perspective de prévenir, guérir et soutenir.

De plus, un programme s'adresse à un groupe donné de personnes qui sont soit atteintes par une des problématiques identifiées, soit à risque de l'être. Cette conception bidimensionnelle présente l'avantage de favoriser une plus grande intégration des diverses activités de prévention et de promotion aux interventions d'ordre curatif.

Dans l'ensemble, l'introduction de l'approche de gestion par programme favorise :

- L'approche populationnelle, qui permet un recentrage des actions vers les besoins d'ordre biopsychosocial ainsi que les attentes d'une population donnée ou de l'un des sous-groupes la constituant;

- Une meilleure qualité et une plus grande continuité des actions posées grâce à une intervention interdisciplinaire mieux coordonnée;

- Le renforcement de l'intégration des interventions, dont celle des activités de promotion et de prévention dans les continuums de soins et, en conséquence, la mise en place et le bon fonctionnement des réseaux locaux de services;

- La décentralisation et la prise de décision facilitant ainsi la responsabilisation et la mobilisation des intervenants rattachés hiérarchiquement ou fonctionnellement à un programme;

- Une plus grande intégration des activités cliniques et administratives, les diverses ressources engagées dans la conduite d'un programme travaillant sous la coordination hiérarchique ou fonctionnelle d'un même gestionnaire de programme;

- Une gestion centrée sur les résultats.

CONFIGURATION DES PROGRAMMES

PROGRAMMES-SERVICES

Programmes destinés à des problématiques particulières

Santé publique

Services généraux – activités cliniques et d'aide

Perte d'autonomie liée au vieillissement	**Déficience physique**	**Déficience intellectuelle et TED**	**Jeunes en difficulté**	**Dépendances**	**Santé mentale**	**Santé physique**

PROGRAMMES-SOUTIEN

Administration et soutien aux services

Gestion des bâtiments et des équipements

ANNEXE VI

PLAN DE COMMUNICATION

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec
Chaudière-Appalaches

PLAN DE COMMUNICATION

Développement des réseaux locaux

de services de santé et de services sociaux

en Chaudière-Appalaches

Février 2004

OBJECTIFS

- Faire connaître :
  - La démarche poursuivie en vue de proposer un modèle d'organisation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux;
  - Le cadre de référence en appui à la consultation;
  - Les modalités de consultation.

- Supporter le processus de consultation.

- Faire connaître le modèle d'organisation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux que l'Agence entend soumettre au Ministre.

POPULATIONS CIBLES

- Le personnel et le conseil d'administration de l'Agence de santé et services sociaux
- Le personnel et les conseils d'administration des établissements du réseau
- Les groupes consultés et les partenaires
  - Commissions régionales (CIR, CMUR, DRMG, CMR)
  - Comité d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise
  - Forum de la population et participants aux « focus group »
  - Organismes communautaires
  - Syndicats régionaux
  - Conférence régionale des élus
  - Députés
- Les médias, la population

MOYENS

ÉTAPE -1- LANCEMENT DE LA CONSULTATION

- Publication d'un communiqué de presse
  - En suivi du conseil d'administration du 18 février 2004
- Conférence de presse téléphonique
  - En suivi du conseil d'administration du 18 février 2004
- Publication du bulletin d'information *Vers des réseaux locaux de services de santé et services sociaux en Chaudière-Appalaches*
  - En suivi du conseil d'administration du 18 février 2004

- Page d'accueil du site Web
  - Du 19 février au 2 avril 2004 :
    - Communiqué
    - Bulletin d'information
    - Cadre de référence
    - Accès au courriel spécifique pour la consultation

- Boîte vocale spécifique pour la consultation
  - (418) 386-3554
  - 1-866-386-3554
  - Disponible du 23 février au 2 avril 2004

- Courriel spécifique pour la consultation
  - 12consultationrl@ssss.gouv.qc.ca
  - disponible du 23 février au 2 avril 2004

- Réponse aux demandes des journalistes

- Suivi et évaluation des besoins de communication

ÉTAPE -2- ADOPTION DU MODÈLE D'ORGANISATION

- Publication d'un communiqué de presse
  - En suivi du conseil d'administration du 21 avril 2004

- Conférence de presse téléphonique
  - En suivi du conseil d'administration du 21 avril 2004

- Publication du bulletin d'information *Vers des réseaux locaux de services de santé et services sociaux en Chaudière-Appalaches*
  - En suivi du conseil d'administration du 21 avril 2004

- Page d'accueil du site Web
  - Communiqué
  - Bulletin d'information
  - Document final

- Réponse aux demandes des journalistes

- Suivi et évaluation des besoins de communication

ANNEXE VII

CALENDRIER DES CONSULTATIONS (RLS)

CALENDRIER de consultations (RLS)

PROJET (2004-02-18)

Établissements	RESPONSABLES	FÉVRIER					MARS				AVRIL			
		1	8	15	22	29	7	14	21	28	4	11	18	25
Comités territoriaux														
Comité régional des directrices et directeurs généraux	Équipe de direction				**27**				**26**					
Commission médicale régionale	DOSAMU				**25**						**5**			
Comité langue anglaise	DOSAMU						**3**							
Comité aviseur CA / Forum	PDG						**1**	**15**				**13**		
Département régional de médecine générale	DOSAMU									**30**				
Commission infirmière régionale	DOSAMU									**31**				
Commission multidisciplinaire régionale	DOSAMU									**31**				
Focus groupe via le Forum - - - -	SGDRH									**23** **31**	**6** **7**			
Validation de la proposition de modèle via le Forum	PDG										**8**			
Élus	PDG				**23** **25**					**30**	**1**			
Organismes communautaires	DOSAMU						**Avant le 8 avril**							
Syndicats	SGDRH										**2**			
Association cadres supérieurs et intermédiaires	SGDRH										**2**			
Envoi au conseil d'administration												**14**		
Dépôt des documents finaux											**9**			
Conseil d'administration													**21**	